

## مقایسه سبک‌های مدارا با استرس و سطح امیدواری بین اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون

علی بیگی<sup>۱</sup>، محمدعلی محمدی‌فر<sup>۲</sup>، محمدنقی فراهانی<sup>۳</sup>، شهرام محمدخانی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۲/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** معتادان گمنام و برنامه‌های ۱۲ گامی شبیه به آن، تاثیر گسترده‌ای در برنامه‌های درمان وابستگی به مواد داشته‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه سبک‌های مدارا با استرس و امیدواری میان اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان متادون انجام گرفت. **روش:** در این مطالعه علی مقایسه‌ای، تعداد ۱۰۰ نفر مرد داوطلب (۵۰ نفر انجمن معتادان گمنام، ۵۰ نفر گروه درمان نگهدارنده متادون)، که حداقل ۶ ماه دوره پرهیز از مواد داشته‌اند، پرسشنامه‌هایی شامل مقیاس امیدواری اسنایدر و مقیاس سبک‌های مدارای اندلر و پارکر را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات اعضای انجمن معتادان گمنام در مولفه تفکر عاملی، ریزمولفه امیدواری، سبک مقابله‌ای مساله‌مداری و سبک مقابله‌ای اجتناب‌مداری، به طور معناداری، بالاتر از میانگین افراد تحت درمان متادون است. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که شرکت فعال معتادان در انجمن معتادان گمنام ممکن است باعث یادگیری مهارت‌های مدارای موثر و تقویت اراده افراد برای رسیدن به اهداف شود.

**کلیدواژه‌ها:** معتادان گمنام، درمان نگهدارنده متادون، امیدواری، سبک‌های مدارا با استرس

۵۵

55

۱. نویسنده مسئول: مربی روان‌شناسی دانشگاه پیام نور واحد گالیکش. پست الکترونیک: Ali.Beygi@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

## مقدمه

توجه به پیامدهای انواع روش‌های پرهیز از مواد در درازمدت، از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است و امروزه توجه شایانی به آن می‌شود (مارمانی، پانی، پاسینی و پروگی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷، فریدمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). در این روش به مسائلی مانند سطح هدفمندی (آدامز و بزئر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)، امیدواری فرد بیمار (یالوم<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵) و نحوه مدارای فرد با مشکلات (دی و گاستون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) اهمیت داده می‌شود.

امیدواری بعنوان فرایند تفکر درباره اهداف شخص، همراه با انگیزه برای حرکت به سمت اهداف (تفکر عاملی) و روش‌های دستیابی به اهداف (تفکر گذرگاهی)، تعریف شده است (اسنایدر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). بر اساس دیدگاه اسنایدر (۲۰۰۲)، افراد با امیدواری بالا روش‌های بیشتری را برای رسیدن به اهدافشان می‌یابند و اراده بیشتری برای رسیدن به اهداف دارند. در مقابل افراد با امیدواری پایین، اراده ضعیفی برای پیگیری اهداف خود دارند و همچنین کمتر جهت یافتن مسیرهای موثر جهت رسیدن به اهداف انگیزه‌مند هستند. به نظر می‌رسد، در شرایط درمانی، سطح امیدواری افراد به عنوان یک عنصر موثر و محوری عمل می‌کند (یالوم، ۱۹۹۵). به ویژه در زمینه پرهیز از مواد مخدر که افراد روش‌های مختلف درمانی را با تردید دنبال می‌کنند، این مساله از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌شود.

سبک‌های مدارا با استرس به پاسخ‌های شناختی و رفتاری اشاره می‌کند که افراد در تلاش برای مدیریت ابعاد درونی و یا بیرونی موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنند (لازاروس و فولکمن<sup>۷</sup>، ۱۹۸۴). بر اساس دیدگاه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، اولین مرحله در فرایند مدارا، ارزیابی شناختی و ارزیابی دوباره موقعیت است. این پردازش

1. Maremmani, Pani, Pacini & Perugi  
2. Friedman  
3. Adams & Bezner  
4. Yalom  
5. Day & Gastone  
6. Snyder  
7. Lazarus & Folkman

شناختی واکنش به استرس و فرایندهای مدارا را میانجی‌گری می‌کند. ادراک‌های شخص یا ارزیابی‌های شناختی، عنصر مهمی در تنظیم درماندگی (مدارای متمرکز بر هیجان) و یا مدیریت مشکلی که باعث درماندگی شده است (مدارای متمرکز بر مشکل) را بر عهده دارد.

شواهد زیادی دال بر این مساله است که کاستی‌های مدارا با استرس باعث سوءاستفاده از مواد و الکل می‌شود. الکل یا مواد مخدر به این دلیل استفاده می‌شود تا افراد از هیجانات منفی خود فرار کنند و یا هیجانات منفی خود را هدایت کنند (موس و موس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بر اساس نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، استفاده از مهارت‌های مدارای اجتنابی، با سوءصرف بالای مواد همراه است. در عوض مهارت‌های مدارای اجتنابی پایین، پیش‌بینی کننده علائم پایین‌تری از سوءصرف مواد و مشکلات روانی اجتماعی است (استون، ایوانی و کوزما<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). بهبود گرایش مهارت‌های مدارا، مشکلات الکل و مواد را در معتادان در حال بهبودی کاهش می‌دهد (موس و موس، ۲۰۰۵). مدارای موثر احساس افراد را نسبت به خودکارآمدی در مدیریت موقعیت‌های خطرآفرین افزایش می‌دهد و از این طریق احتمال عود را کاهش می‌دهد (واشتن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). افرادی که از مصرف مواد بهبود پیدا می‌کنند به رشد مهارت‌های مدارای موثرتر نیازمندند (مارلات<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). به این ترتیب، نوع مهارت‌های مدارای استفاده شده می‌تواند موفقیت در درمان را پیش‌بینی کند.

در چند دهه اخیر، تحقیقات مهمی درباره گروه‌های خودیاری به عنوان یکی از روش‌های پرهیز از مواد انجام شده است و در مورد اثربخشی و سودمندی این گروه‌ها برای افرادی که از این جلسات استفاده می‌کنند، جای هیچ‌گونه شک و تردیدی باقی نمانده

1. Moos & Moos  
2. DSM-IV  
3. Stones, Ivany & Kozma  
4. Whashton  
5. Marlatt

است (کلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳، موس و موس، ۲۰۰۵). افراد پس از گذشت زمانی از شرکت در جلسات اعضای انجمن معتادان گمنام، به عنوان یکی از گروه‌های خودیاری، بهبودی قابل ملاحظه‌ای در زمینه‌هایی چون استخدام و کار، مصرف مواد و الکل، درگیری‌های قانونی، عزت نفس، روابط درون خانوادگی و کاهش نشانه‌های فیزیولوژیکی ناشی از پرهیز از مواد نشان می‌دهند (موس و موس، ۲۰۰۵).

در انجمن معتادان گمنام اقرار به عجز و ناتوانی در برابر اعتیاد و مددجویی از یک نیروی برتر (که می‌تواند گروه، برنامه یا خدا باشد)، برای رهایی از اعتیاد پشتوانه محکمی را برای اعضای خود فراهم می‌کند. این برنامه یک مجموعه از اصول روحانی را ارائه می‌دهد که فرد به کمک آن از یک حالت لاعلاج جسمی، ذهنی و روحی بهبود پیدا می‌کند. برنامه‌های معتادان گمنام مبتنی بر عمل پذیرش، عاجز بودن در برابر اعتیاد و اعتراف به قدرتی برتر جهت احیای هشیاری است. این برنامه غیر دینی است اما تمایل نیرومندی بر احیای توبه از گناهان در گام‌های آن وجود دارد. انجمن معتادان گمنام با پذیرش اعضا به صورت برابر، توجه کردن به همه و سهم شدن در تجربه‌های یکدیگر و با درگیر کردن اعضا در یک تعامل بدون قضاوت، عزت نفس و احترام به خود افراد را ترغیب می‌کند. در این مبادله اطلاعات، افراد مهارت‌های مدارا، از قبیل اینکه چگونه با روابط شکست خورده و تخریب شده کنار بیایند، درباره اینکه چگونه درد یا گرفتاری‌های عمومی را مدیریت کنند و درباره اینکه برای انواع نیازها و احتیاجات خود به کجا و به چه کسی مراجعه کنند آموزش می‌بینند (فلورا و پافتوپولوس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

برنامه‌های درمان نگهدارنده متادون نیز می‌تواند درمان موثری را برای معتادان افیونی ارائه دهد. اثربخشی و کارآیی متادون در درمان مصرف هروئین، وضعیت روان پزشکی و سازگاری اجتماعی به طور مکرری در مطالعات واپس‌نگرانه و آینده‌نگرانه مشخص شده و

در آزمایش‌های تصادفی تایید شده است (مارمانی و همکاران، ۲۰۰۷، بال و روس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). با این همه، نتایج تحقیقات در مورد تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان متناقض است. به عنوان مثال، در حالی که در پژوهش استبتان و همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از عارف نسب، رحیمی، محمدی و بابامحمدی، (۱۳۸۶)، این نتیجه حاصل شد که استفاده از روش درمان نگهدارنده متادون، علاوه بر بهبود و ارتقا سطح سلامت، باعث افزایش امید به حیات در افراد معتاد به هرویین می شود. با این حال، در بعضی پژوهش‌ها، مصرف متادون با بیماری‌های روان‌پزشکی، درد مزمن و سوءاستفاده از بنزودیازپین‌ها و اختلالات خواب همراه بوده است (پلس، شریبر و آدلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، استین و همکاران، ۲۰۰۴).

در قرن حاضر، پیامدهای انواع روش‌های درمانی و بهبودی و زیستی افراد بعد از پرهیز از مواد از اهمیت گسترده‌ای برخوردار است. هدفمندی و راه‌های رسیدن به اهداف، نحوه مدارا با استرس‌های روزمره به عنوان یکی از ضروریات محسوب می‌شود و مجهز شدن افراد با اینگونه روش‌ها لازمه زندگی بهینه در عصر حاضر می‌باشد. به نظر می‌رسد، پژوهش در مورد پیامدهای انواع درمان‌های مربوط به اعتیاد و مشخص کردن شاخصه‌های یک زندگی رضایتبخش در افراد معتاد بعد از پرهیز از طریق درمانی خاص، در فرایند درمان و ادامه پرهیز فرد از مواد مخدر تاثیر بسزایی داشته باشد. همچنین با توجه به اینکه اکثر پژوهش‌ها در زمینه اعتیاد به مقایسه معتادان با افراد سالم پرداخته‌اند و پژوهش‌های کمی به مقایسه پیامد دو روش درمانی پرهیز از مواد پرداخته‌اند، لذا پژوهش حاضر از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار می‌باشد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری گروه اول عبارت است از کلیه افراد معتاد در حال بهبودی شهرستان شاهرود که از طریق انجمن معتادان گمنام حداقل شش ماه پرهیز از مواد داشته‌اند. جامعه آماری گروه دوم کلیه افراد معتاد در حال بهبودی شهرستان شاهرود می‌باشد که حداقل به مدت شش ماه از طریق درمان نگهدارنده متادون از مواد مخدر پرهیز داشته‌اند.

در این پژوهش از بین جمعیت آماری مدنظر ۵۰ نفر معتاد در حال بهبودی از طریق انجمن معتادان گمنام و ۵۰ نفر معتاد در حال بهبودی که از طریق درمان نگهدارنده متادون در پرهیز از مواد بودند بصورت نمونه در دسترس انتخاب شد. آزمودنی می‌بایست فقط از یکی از روش‌های درمانی (یا عضویت در انجمن معتادان گمنام و یا متادون درمانی)، برای پرهیز از مواد استفاده می‌کرد که در غیر این صورت یا استفاده از نوع دیگری از درمان از شرکت در تحقیق حذف می‌شد. برای همسان کردن تقریبی دو گروه، معتادان در حال بهبودی بین سنین ۴۰-۲۰ در پژوهش شرکت کردند. بیمار باید حداقل ۶ ماه از خدمات نوع خاص درمان استفاده می‌کرد تا مجوز پر کردن پرسشنامه‌ها را پیدا می‌کرد. سطح سواد افراد شرکت کننده از پنجم ابتدایی تا سطح فوق دیپلم بود. هم‌چنین افراد شرکت کننده متاهل و مذکر بودند.

محققین جهت جمع آوری داده‌ها در انجمن معتادان گمنام به این طریق عمل کرده‌اند که ابتدا از اطلاع رسانی انجمن معتادان گمنام شهرستان شاهرود لیست انجمن‌هایی را که در شهرستان و حومه فعالیت می‌کنند اخذ نموده و از بین لیست مذکور به تعدادی از آنها مراجعه کرده و پس از جلب اعتماد این اعضا پرسشنامه‌ها را در بین افراد واجد شرایط که قبلاً ذکر آن رفت، توزیع نموده و اعضا پس از چند روز از طریق یک رابط پرسشنامه‌ها را به محقق تحویل دادند. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها در مراکز ترک اعتیاد از طریق درمان

نگهدارنده متادون ابتدا به سازمان بهزیستی شهرستان مراجعه کرده و پس از تهیه لیستی از مراکزی که با سازمان همکاری دارند به تعدادی از آنها مراجعه کرده و پس از اعتمادسازی و جلب موافقت پرسنل مراکز، پرسشنامه‌ها در اختیار معتادان مراجعه کننده قرار داده شده که بعضی از بیماران در همان لحظه اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کرده و بعضی نیز پس از چند روز پرسشنامه‌ها را به روانشناس مراکز ارجاع داده بودند. در مجموع در بین هر دو گروه ۱۰۹ پرسشنامه تکمیل شد که از این میان ۹ عدد به علت کامل نبودن از تجزیه و تحلیل آماری حذف شدند.

### ابزار

۱- مقیاس امیدواری اسنایدر<sup>۱</sup>: امیدواری در پژوهش حاضر بوسیله پرسشنامه امیدواری که توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، ساخته شده است اندازه گیری شد. این مقیاس متشکل از ۱۲ ماده است که ۸ ماده آن امیدواری و ۴ ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می‌سنجد. مقیاس امیدواری اسنایدر شامل ۲ مولفه است: مولفه عامل که تعیین کننده هدف‌مداری فرد است و مولفه مسیر که راه‌های برنامه‌ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در برمی‌گیرد. هر ماده با مقیاس ۴ درجه ای اندازه‌گیری می‌شود که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در برمی‌گیرد. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی بدست آورده است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) و در نسخه عبری آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ گزارش نموده اند (اوهایون، کراوتز، میرو و روزنرویک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). در ایران نیز این مقیاس مورد هنجاریابی قرار گرفته است و اعتبار مناسبی را برای آن گزارش نموده اند. به عنوان مثال علوی (۱۳۸۵)، در پژوهش خود برای خرده مقیاس مسیر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۲ و برای خرده مقیاس تفکر عاملی ضریب ۰/۷۴ گزارش نمود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بدست آمده در مولفه تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مولفه تفکر مسیر ۰/۷۸ می‌باشد.

۶۱  
61

سال پنجم، شماره ۲۰، زمستان ۱۳۹۰  
Vol. 5, No. 20, Winter 2012

1. Snyder Hope Scale  
2. Ohayon, Kravetz, Meir & Rozencaig

مقایسه سبک‌های مدارا با استرس و سطح امیدواری بین اعضای انجمن معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون

۲- مقیاس سبک‌های مدارا: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) ساخته شده است و سه سبک مدارای تکلیف‌مداری، هیجان‌مداری و اجتناب‌مداری را ارزیابی می‌کند. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه‌گانه سبک‌های مدارا تعیین می‌شود. به عبارت دیگر هر کدام از رفتارها که در مقیاس نمره بالاتری کسب کرده به عنوان سبک مدارای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شود. نسخه کوتاه شده این پرسشنامه در ایران توسط فراهانی و محمدخانی (زیر چاپ)، روی تعدادی از معلمان هنجاریابی شد. این فرم که دارای ۲۱ سوال می‌باشد، نیز سبک‌های مدارای تکلیف‌مداری، هیجان‌مداری و اجتناب‌مداری را ارزیابی می‌کند. سوال‌ها به منظور کنترل تاثیرات جنبی به طور پراکنده در جای جای پرسشنامه قرار گرفته‌اند. از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود تا بعد از خواندن هر سوال یک گزینه ۵ درجه‌ای (عدد ۱ اصلاً تا عدد ۵ همیشه) را با علامت ضربدر مشخص کنند. مقیاس مدارا با موقعیت‌های استرس‌زا ابزاری است که برای افراد سالم و بیمار استفاده می‌شود. اعتبار این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اندلر و پارکر (۱۹۹۰) در سبک مساله‌مداری برای دختران ۰/۹۰ و برای پسران ۰/۹۲، در سبک هیجان‌مداری برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در سبک اجتناب‌مداری برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵ است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سبک مدارای مساله‌مدار ۰/۸۰، برای سبک مدارای هیجان‌مدار ۰/۷۴ و برای سبک مدارای اجتناب‌مدار برابر با ۰/۷۴ بدست آمد.

### یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر مرد با میانگین سنی ۳۵ سال و انحراف معیار ۶/۸۰ سال به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. شاخص‌های توصیفی و استنباطی داده‌های بدست آمده در ذیل آمده است.

1. Endier & Parker



جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و آماره‌های استنباطی آزمون تی مستقل برای متغیرهای مورد مطالعه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معنی داری
تفکر عامل	معتادان گمنام	۷/۶۱	۳/۸۹	۴/۶۸	۰/۰۰۰۵
	متادون درمانی	۵/۹۸	۲/۱۷		
تفکر مسیر	معتادان گمنام	۶/۶۸	۲/۵۰	-۱/۶۰	۰/۲۱
	متادون درمانی	۷/۱۳	۳/۱۲		
اجتناب مداری	معتادان گمنام	۲۳/۰۹	۳/۵۴	۸/۶۲	۰/۰۰۰۵
	متادون درمانی	۱۸/۹۷	۵/۲۵		
مساله مداری	معتادان گمنام	۲۸/۵۴	۴/۲۶	۱۰/۶۴	۰/۰۰۰۵
	متادون درمانی	۲۳/۸۵	۴/۵۵		
هیجان مداری	معتادان گمنام	۲۰/۰۰	۶/۵۰	-۷/۱۰	۰/۰۰۰۵
	متادون درمانی	۲۳/۶۹	۵/۵۱		

با عنایت به جدول ۱ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین دو گروه در مؤلفه تفکر مسیر معنادار نیست ولی در مؤلفه تفکر عاملی معنادار است و مشاهده میانگین دو گروه مشخص کرد که نمره معتادان گمنام، در این مؤلفه بالاتر از گروه استفاده کننده از متادون است. در مقایسه میانگین گروه‌ها در سبک‌های مدارا، میانگین افراد معتادان گمنام در مؤلفه‌های مساله مداری و اجتناب مداری، نسبت به میانگین افراد متادون درمانی در این مؤلفه‌ها بالاتر است که این تفاوت از نظر آماری با توجه به آزمون تی مستقل معنادار است. ولی در بررسی میانگین مؤلفه هیجان مداری آشکار شد که نمره‌های افراد در گروه استفاده کننده از متادون، بالاتر از افراد عضو انجمن معتادان گمنام است که این یافته با عنایت به جدول فوق از نظر آماری معنادار است.

تکنیک آماری دیگر بکار برده شده در پژوهش حاضر تحلیل تشخیص می‌باشد. تحلیل تشخیص آزمون آماری ای است که تفاوت بین میانگین گروه‌ها و طبقه‌ها را در ترکیبی از متغیرها به بهترین شکل ممکن نشان می‌دهد. این روش آماری در ترکیبی از متغیرهای مستقل تفاوت بین دو گروه را برجسته می‌سازد. تحلیل تشخیص موقعی استفاده می‌شود که

مقایسه سبک‌های مدارا با استرس و سطح امیدواری بین اعضای انجمن معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون متغیرهای مستقل در مقیاس کمی و و متغیر وابسته در مقیاس اسمی اندازه‌گیری شده باشد (هومن، ۱۳۸۵).

متغیر گروه‌بندی معتادان گمنام و مصرف‌کنندگان متادون و متغیرهای پیش بین سبک‌های مدارا با سه مولفه (هیجان‌مداری، اجتناب‌مداری و مساله‌مداری) و امیدواری با دو مولفه (تفکر عاملی و تفکر مسیر) می‌باشد.

**جدول ۲: متغیرهای وارد شده در تحلیل گام به گام**

گام‌ها	آماره F برای حذف	لامبدای ویلکز	معناداری
تفکر عاملی	۱۵/۱۳	۰/۶۱۷	۰/۰۰۰۵
تفکر عاملی	۸۰/۱۱	۰/۵۲۲	۰/۰۰۰۵
تکلیف‌مداری	۷۰/۶۰	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰۵

در تحلیل تشخیص گام به گام ۲ گام محاسبه شد، که در بین همه متغیرهای وارد شده در تحلیل، تفکر عاملی اولین متغیری است که تمایز قابل ملاحظه‌ای را در بین دو گروه نشان می‌دهد و در گام بعد تکلیف‌مداری بهترین تشخیص داده شده برای تمایز در اعضای انجمن معتادان گمنام و متادون‌درمانی را نشان می‌دهد. همچنین این جدول نشان می‌دهد که متغیرهای مولفه مسیر، سبک‌های مدارای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار توان تشخیص خود را از دست داده‌اند و این بدان علت است که اطلاعاتی که درباره تفاوت‌های گروه‌ها در این متغیرها وجود دارد، در برخی از ترکیب سایر متغیرها که قبلاً در معادله گنجانیده شده وجود داشته است و چنین متغیرهایی زاید است.

**جدول ۳: خلاصه ابعاد تحلیل تشخیص**

ابعاد	همبستگی کانونی	پراکنش مشترک	لامبدای ویلکز	$X^2$	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۴۶	۷۳/۷۰	۴	۰/۰۰۰۵

نتایج خلاصه ابعاد تحلیل تشخیص برای آزمودنی‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد که فقط یک بعد (تابع)، تشخیص از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. مقدار همبستگی کانونی بین مجموعه متغیرهای وابسته و مستقل برای بعد ۱ عبارت از  $R=0/73$  و این نشان

می دهد که ۵۳ درصد از پراکنش متغیر گروه بندی توسط این مدل تبیین می شود. نتایج تحلیل تشخیص در جدول ۴ ارائه شده است. ملاک ۰/۳۰ به عنوان نمره برش برای بارگذاری در نظر گرفته شد (تاپاخنیک و فیدل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱) و بارهای مؤلفه های بیش از ۰/۳۰ جهت شناسایی روابط بین متغیرها بررسی شدند.

جدول ۴: نتایج تحلیل تشخیص مجموعه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته مورد پژوهش

اولین تابع تشخیص		ابعاد	
ضرایب تشخیصی استاندارد نشده	ضرایب تشخیصی استاندارد شده	همبستگی ساختار	متغیرها
۰/۰۸	۰/۳۵	۰/۶۷	تفکر عاملی
۰/۱۶	۰/۵۱	۰/۵۷	مساله مداری
-۱۰/۸۹	-	-	مقدار ثابت

جدول ۴ ضرایب تشخیصی استاندارد شده ضرایب نیمه تفکیکی رگرسیونی و همبستگی ساختار بارهای عاملی را برای دو بعد هر دو مجموعه از متغیرها را نشان می دهد. برای متغیرهای مستقل اولین بعد تشخیصی به شدت تحت تأثیر تفکر عاملی (۰/۶۷) و مساله مداری (۰/۵۷) قرار دارد.

۶۵

65

سال پنجم، شماره ۳۰، زمستان ۱۳۹۰  
Vol. 5, No. 20, Winter 2012

بر اساس نتایج تحلیل تشخیص در جدول ۳ برای اولین بعد (تابع)، تشخیص لامبدای ویلکز ( $\Lambda$ )، مساوی ۰/۴۶ و مجذور کای مساوی ۷۳/۷۰، در سطح ۰/۰۱ معنادار شد. همین طور یافته های جدول ۴ نشان می دهد ترکیب خطی متغیرهای تفکر عاملی و مساله مداری بالا در گروه معتادان گمنام سبب شده که بصورت قابل ملاحظه ای اعضای معتادان گمنام از لحاظ ترکیب متغیرهای تفکر عاملی و مساله مداری با عنایت به جدول ۱ آمار توصیفی دارای میانگین بالاتری نسبت به معتادان تحت درمان متادون می باشند. همچنین با توجه به جدول ۴، تفکر عاملی از متغیرهای مستقل، بیشترین نقش را در ایجاد اولین بعد تشخیصی داشته است. چون اندازه این ضریب نشانگر سهم نسبی متغیرهای مستقل در متغیر گروه بندی است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی سطح امیدواری و سبک‌های مدارا با استرس در اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان تحت درمان متادون انجام گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمره اعضای انجمن معتادان گمنام در مولفه تفکرعاملی به طور معناداری بالاتر از معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون است. دیگر اینکه میانگین نمره اعضای انجمن معتادان گمنام در سبک‌های مدارای اجتناب‌مداری و مساله‌مداری به طور معناداری بالاتر از معتادان تحت درمان متادون بود. مهمتر اینکه، در ترکیبی از متغیرها تفاوت دو گروه برجسته‌تر بود. این مولفه‌ها با توجه به بار عاملی هر یک و وزن تشخیصی به ترتیب تفکر عاملی و سبک مدارای مساله‌مداری بود.

در بین مجموعه متغیرهای مستقل تفکر عاملی بیشترین نقش را در ایجاد اولین بعد تشخیصی داشته است، میانگین نمرات اعضای انجمن معتادان گمنام در این مولفه به مراتب بالاتر از معتادان تحت درمان متادون بود. یافته‌های این پژوهش همسو با دیگر یافته‌های پژوهشی انجام شده در مورد اثربخشی معتادان گمنام می‌باشد (هاسون<sup>۱</sup>، کراوتز، میر، روزنزویگ، ۲۰۰۹، راپاپورت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). این مولفه که در واقع تعیین‌کننده اراده فردی جهت رسیدن به هدف است، نشان دهنده قدرت اراده فرد در تعقیب اهداف و آرزوها می‌باشد. امیدواری اغلب به عنوان عاملی که به طور معناداری در فرایند درمان سهم دارد، مشخص شده است (جاکوبسون و گرینلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). می‌توان انتظار داشت که افراد در گروه‌های خودیاری نیز به علت اطلاعات جدیدی که درباره قدرت برتر و توسل به آن جهت رهایی از چنگال مواد مخدر در قالب برنامه‌های معنوی ۱۲ گامی می‌بینند، که در واقع نوعی جهت‌دهی معنوی برای اعضا فراهم می‌کند و هم چنین به دلیل تغییر نگرش این افراد نسبت به دنیا و با سهیم شدن در تجربیات یکدیگر، مسیرهای متنوعی که برای رسیدن به هدف وجود دارد، را می‌آموزند و با تقویت اراده خود تجربه بهتری درباره ارتباطات

1. Hasson  
2. Rappaport  
3. Jacobson & Greenely

اجتماعی، سلامت روان‌شناختی، بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی پس از ترک مواد پیدا می‌کنند.

در گام دوم سبک‌مدارای تکلیف‌مداری بیشترین نقش را در ایجاد تابع تشخیص داشته است. سبک‌مدارای تکلیف‌مدار شامل کارهای سازنده‌ای است که فرد در ارتباط با شرایط تنیدگی‌زا انجام می‌دهد. این شیوه‌مدارا به طور کلی شامل فعالیت بیشتر، فعالیت‌های رقابتی، جستجوی راه‌حل و کسب راهنمایی از دیگران است. این نتیجه هماهنگ با دیگر پژوهش‌ها (کورتز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷، فلورا و پافتوپولوس، ۲۰۰۷) می‌باشد. این پژوهش‌گران مشخص کردند که افراد شرکت‌کننده در گروه‌های خودیاری راهبردهای مدارای موثری را برای برخورد با مسائل روزمره بکار می‌برند.

در انجمن معتادان گمنام، حمایت اجتماعی به عنوان منبع مدارای مهم برای کاهش تاثیرات منفی استرس‌زاها تعریف می‌شود (توماس و گانستر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). حمایت اجتماعی در انجمن شامل حمایت‌های هیجانی، ابزاری و اطلاعاتی می‌باشد (گروه، جیسون و کی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). یافته‌ها تاثیر حمایت اجتماعی را بر کاهش نیاز به سومصرف مواد و بهزیستی فردی تایید می‌کنند (بیشوب، رامپت، هاپک، میر و جان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). عمده‌ترین حمایت و همکاری اعضای انجمن به یکدیگر به اکتساب سبک‌های مدارا بر می‌گردد. در فرایند گروه، شرکت‌کنندگان دانش و خردی را تجربه می‌کنند که به رشد روش‌های مدارای سازگارتر کمک می‌کند (کورتز، ۱۹۹۷). تمایل به مواجهه با چالش پذیرش روش‌های مدارای جدید به جای تکرار روش‌های سابق و غیر سازگارانه مهم‌ترین مهارتی است که ممکن است از طریق گروه‌های خودیاری یاد گرفته شوند (کورتز، ۱۹۹۷). ضمناً نوع خاصی از حمایت اجتماعی ممکن است با سهیم شدن اعضا در تجارب یکدیگر و فراهم کردن مشاوره‌هایی برای مدیریت استرس، مصرف مواد را کاهش دهد. از طریق این مکانیسم مهم، اعضای

1. Kurtz  
2. Thomas & Ganster  
3. Groh, Jason & Keys  
4. Bishop, Rump, Hapke, Meyer & John

گروه‌های خودیاری برای یکدیگر حمایت‌های خاصی را برای پرهیز و بهبودی ماندگار فراهم می‌کنند (زیویک، لانگبا و ویتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

هم‌چنین، در پژوهش حاضر مشخص شد که میانگین نمرات معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون نسبت به اعضای انجمن معتادان گمنام بالاتر است. سبک مدارای هیجان‌مدار، راهبردی برای مدارا با بخش هیجانی مشکل است که می‌تواند، مخرب یا سازنده باشد (کلینکه، ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۲). اگر در پژوهش حاضر به سوالات مؤلفه هیجان‌مداری در پرسشنامه توجه کنیم، متوجه می‌شویم که نه تنها مؤلفه هیجان‌مداری در این گونه موقعیت‌ها مفید است، بلکه بالعکس یک راهبرد مدارای آسیب‌زننده و مخرب است که اراده انجام هرگونه اقدام مناسب را از فرد می‌گیرد و بار هیجانی منفی را بر فرد تحمیل می‌کند. به عنوان مثال یکی از سوال‌های این پرسشنامه در مؤلفه هیجان‌مداری این است که وقتی با وضعیت ناگوار مواجه می‌شوم، خودم را به خاطر قرار گرفتن در چنین موقعیتی سرزنش می‌کنم. آشکار است که این سوال نه تنها آرامش را به فرد هدیه نمی‌دهد، بلکه خودگویی‌ها و نگرانی‌های هیجانی منفی را نیز به دنبال دارد. دیگر سوال‌ها نیز به همین منوال، صرفاً به خودتخریبی هیجانی افراد اشاره دارد.

دیگر مؤلفه ارزیابی شده در پژوهش حاضر اجتناب‌مداری است. اجتناب‌مداری از جمله روش‌های مدارا با مشکلات است که راه حلی غیر واقع‌بینانه و مساله‌گریز برای افراد فراهم می‌کند. از جمله تکنیک‌های مدارای اجتناب‌مدار می‌توان به عقب‌نشینی رفتاری و روانی، مصرف مواد مخدر، انکار، رفتن به تفریح با دوستان و طفره رفتن از حل مشکل اشاره کرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اعضای انجمن معتادان گمنام به طور معناداری نمره بالاتری در سبک مدارای اجتناب‌مداری کسب کرده‌اند. در تبیین نتیجه حاصله می‌توان گفت: اولاً این احتمال وجود دارد که رویکرد اجتناب‌مداری در این افراد با توجه به سوالات پرسشنامه (مثلاً به یک دوست تلفن می‌کنم)، یک راه حل اساسی و

اصولی جهت مدارا با مشکل فعلی بیمار (اعتیاد) باشد. به این علت که، سوالات مربوط به مولفه اجتناب‌مداری در پرسشنامه مذکور بیشتر به مواردی اشاره می‌کند که در انجمن معتادان گمنام به آنها تاکید می‌شود. به عنوان مثال هنگامی که اعضا دچار وسوسه مصرف مواد مخدر می‌شوند، معمولاً با راهنمای خود که از اعضای با تجربه انجمن (اصطلاحاً پاکی بالا) می‌باشد تماس می‌گیرند و از تجربیات و پیشنهادهای راهنما در جهت پرهیز از مواد بهره می‌برند. به نظر می‌رسد سوالاتی که در پرسشنامه مذکور به عنوان سبک‌مدارای اجتنابی لحاظ شده است، از آموزه‌هایی باشد که در انجمن معتادان گمنام به عنوان راهی اساسی و مبتنی بر موقعیت جهت پرهیز از مواد باشد و شاید رویکرد اجتنابی یک رویکرد کوتاه مدت مناسبی جهت پرهیز از مواد باشد، تا اینکه فرد بتواند با شرایط وسوسه‌انگیز مصرف مواد مقابله کند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای سبک‌های مدارا و سطح امیدواری اعضای انجمن معتادان گمنام و درمان‌نگهدارنده متادون پس از ۶ ماه استفاده از روش درمانی مورد نظر انجام شد. این احتمال وجود دارد که معتادانی که جذب برنامه‌های انجمن معتادان گمنام می‌شوند، با افرادی که جذب درمان‌نگهدارنده متادون می‌شوند، از ابتدا تفاوت‌هایی در سبک مدارا و یا سطح امیدواری داشته باشند. لازم است در پژوهش‌های آینده به این مساله توجه شود. هم‌چنین لازم است، در پژوهش‌های آینده، این مساله مورد بررسی قرار گیرد که آیا نوع سبک‌مدارای ترجیحی افراد، در معتادان گمنام و یا معتادان تحت درمان‌نگهدارنده متادون، قابل تعمیم به دیگر شرایط زندگی‌شان است، یا اینکه سبک‌مدارای ترجیحی افراد، صرفاً در شرایط پرهیز از مواد کاربرد دارد و اصطلاحات موقعیت-وابسته است؟

## منابع

عارف نسب، زهرا؛ رحیمی، چنگیز؛ محمدی، نورالله و بابا محمدی، عبدالرضا (۱۳۸۶). تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر سلامت روانی معتادان به تریاک و هروئین. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*،

۱۳(۴)، ۵۲-۵۴.

علوی، زهرا (۱۳۸۵). بررسی رابطه احساس گناه مرضی و تصور از خدا با امیدواری و بیماریاران سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

کلینکه، کریس، ال (۱۳۸۲). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات رسانه تخصصی.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۵). تحلیل داده‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری. تهران: انتشارات پیک فرهنگ.

Adams, T. B. & Bezner, J. R. (2000). Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological Dimensions of wellness in a college population. **Journal of American College Health**, 48, 165-170.

Ball, J. C. & Ross, C. A. (1991). **The effectiveness of methadone maintenance treatment**. New York. Springer-Verlag.

Bishop, G., Rumpt, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, 24, 1773-1777.

Day, E. & Gastone, R. L. (2005). United Kingdom substance misuse treatment workers attitudes toward 12-step self-help groups. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 29, 321-327.

Endler, N. D. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. **Journal of Personality and Social Psychology**, 58 (5), 844-854.

Flora, K. & Paftapoulos, A. (2007). A first description of Narcotic Anonymous and Alcoholic Anonymous members in Greece: prior treatment history and opinion about professionals. **Contemporary Drug Problems**, 34, 136-179.

Friedman, G. L. (2006). **Narcotic Anonymous: Promotion of change and growth in spiritual health, quality of life, and attachment dimensions of avoidance and anxiety in relation to program involvement and time clean**. Unpublished Doctoral dissertation, Alliant International University, Los Angeles, California.

Groh, D. R., Jason, L. A. & Keys, C. B. (2008). Social network variable in a literature review. **Clinical Psychology Review**, 28, 430-450.

Hasson, O. I., Kravetz, S., Meir, T. & Rozenzwaig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorder. **Psychiatry Research**, 167, 231-238.

House, J. S. (1981). **Work stress and social support**. Reading, MA: Addison-Wesley.

Jacobson, N. & Greenely, D. (2001). What is recovery? A Conceptual model and explication. **Psychiatric Services**, 52, 482-485.



- Kelly, J. E. (2003). Self-help for Substance use disorder: History, Effectiveness, Knowledge gaps and Research opportunities. **Clinical Psychology Review**, 25, 639-663.
- Kurtz, L. F. (1997). **Self-help and support groups: A handbook for practitioners**. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.
- Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M. & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphin maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin addicted patients. **Journal of substance abuse treatment**, 33, 41-48.
- Marlatt, G. A. (1998). **Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors**. New York: Guildford Press.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (2005). Paths of entry into alcoholic anonymous: Consequences for participation and remission. **Alcoholic Clinical Experimental Research**, 29 (10), 1858-1868.
- Ohayon, I. H., Kravetz, S., Meir, T. & Rozenzweig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. **Psychiatry Research**, 167, 231-238.
- Peles, E., Schreiber, S. & Adelson, M. (2006). Variables associated with perceived sleep disorders in methadone maintenance treatment (MMT) patients. **Drug and Alcohol Dependence**, 82, 103-110.
- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. **Journal of Applied Behavioral Science**, 29, 239-256.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. **Psychological Inquiry**, 13, 249-275.
- Snyder, C. R., Irving, L. & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder and D. R. Forsyth. **Handbook of social and clinical psychology: The health perspective**, Elmsford, NY: Pergamum.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Bishop, S., Lessor, J. A., Weinstock, M., Anthony, J., & Anderson, B. J. (2004). Sleep disturbances among maintained patients. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 26, 175-180.
- Stones, M. J., Ivany, G., & Kozma, A. (1994). Anticipating attendance in reminiscence therapy with measures of mood and happiness. **Social Indicators Research**, 32, 251-262.
- Tapachnick, B. G., Fidell, L. S. (2001). **Using multivariate statistics**. (2nd Ed.), New York: Harper Collins.

- Thomas, L. T. & Ganster, C. D. (1995). Impact of family work variables on work family conflict strain: A control perspective. **Journal of Applied Psychology**, 80, 6-15.
- Whashton, L. (2007). **The silver lining in the clouds, Factors influencing addiction-related growth**. A Doctoral dissertation of Fielding Graduate University.
- Yalom, I. D. (1995). **The theory and practice of group psychotherapy**. (4th Ed.), New York: Basic Books.
- Zywiak, W. H., Longabaugh, R. & Wirtz, P. W. (2002). Decomposing the relationships between pretreatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. **Journal of Studies on Alcohol**, 63, 114-121.